Rok XXXVII. Kraków 23 Kwietnia 1898 Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O syringomyelii.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 23. marca 1898).

Przypadek syringomyelii, który dziś miałem zaszczyt przedstawić, należy do bardzo rzadkich spraw chorobowych, spostrzeganych dotychczas w naszym kraju, — a o ile mnie wiadomo, jest on pierwszym, jaki dotychczas w Krakowie ściśle badano i przedstawiono na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego. Pozwólcie zatem Panowie, iż przy tej sposobności dotknę kilkoma słowy tego przedmiotu ze stanowiska anatomo patologicznego, etyologicznego i klinicznego, uwzględniając obecny stan nauki.

Przez syringomyelię [1]) rozumiemy sprawę patologiczną, polegającą na wytworzeniu się jamek lub szpar pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego. Jamki te w rdzeniu pacierzowym mogą być jużto wrodzone, jużto nabyte w życiu pozapłodowem. Przyglądając się bliżej tym jamkom na stole sekcyjnym, widzimy, iż one różnie się zachowują ze względu na usadowienie, kształt, ścianę i treść. Zazwyczaj usadawiają się one w rdzeniu przedłużonym lub w części szyjnej i piersiowej rdzenia pacierzowego; rzadko zaś, jak n. p. w przypadku Brascha [2]), znajdują się w dolnej części rdzenia pacierzowego. W bardzo zaś rzadkich przypadkach zajmują one prawie całą długość rdzenia pacierzowego, poczynając się na dnie komórki czwartej, a kończąc się w tak zwanym stożku końcowym (Conus terminalis), przez co rdzeń przybiera niejako wejrzenie fletu (Ollivier) [3]).

Wielkość tych jamek w istocie szarej rdzenia pacierzowego jest różna: zwykle dochodzą wielkości małych orzechów laskowych lub tureckich i wydłużają się w wymiarze podłużnym. W przeważnej liczbie przypadków ściana jamek okazuje wewnętrzną powierzchnię gładką i składa się z tkanki zbitej, wśród której drobnowidowo można dostrzedz komórki wielowypustkowe, istotę międzykomórkową włóknistą, poodosabniane kuleczki tłuszczu, tudzież zgrubiałe naczynia krwionośne. Ściany tych zgrubiałych naczyń krwionośnych są dość kruche, na co wskazują wynaczynionki w tkance lub we wnętrzu jamek. W innych przypadkach jamki znajdują się pośród masy żelatynowej, szaro przeświecającej, składającej się z galaretowatej istoty międzykomórkowej i komórek okrągłych.

Na wewnętrznej ścianie jamek znajduje się jużto przybłonek wałeczkowy, podobny jak w kanale środkowym rdzenia pacierzowego, jużto brak jego, a naówczas udaje się stwierdzić zapomocą azotanu srebrowego zarysy komórek, jakby śródbłonkowych.

W jamkach znajduje się zwykle treść surowicza, czysta; rzadko mętnawa, galaretowata lub krwawo zabarwiona.

Niektórzy patologowie, jak n. p. Birch-Hirschfeld [4]), Simon [5]) odróżniają pojęcie syringomyelii od t. zw. hydromyelii. Ta ostatnia sprawa chorobowa stanowi analogię z wodogłowiem wewnętrznem mózgu (Hydrocephalus internus) i polega na rozszerzaniu prawie jednostajnem kanału środkowego rdzenia pacierzowego i wypełnieniu treścią surowiczą. Rozszerzenie to może być tak znaczne, iż istota szara rdzenia prawie w zupełności zanika. Wówczas rdzeń, po wyjęciu z kanału pacierzowego, wskutek wypływu treści surowiczej, zapada się rynienkowato, lub ulega zupełnemu nawet spłaszczeniu. W przypadkach syringomyelii, gdzie co najwyżej wytworzyć się może stek jamek pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego, rdzeń nie zapada się po wyjęciu z kanału kręgowego.

Do niedawnego czasu mała liczba badaczy, tak patologów jak i klinicystów, zajmowała się syringomyelią. Wprawdzie o pojawianiu się jamek pośród istoty rdzenia pacierzowego, wspominają już Bonnet i Morgagni, to jednak właściwie dopiero ze stanowiska naukowego pierwszy zwrócił na nią uwagę Ollivier w r. 1837. Później zanotować należy nazwiska Leydena [6]), Langhanza [7]), Staddelmanna [8]), Hoffmanna [9]), Eichhorsta [10]), Fr. Schultzego [11]), Simona [12]), Westphala [13]), Chiarego [14]), Hallapeau [15]) itd..., którzy zajmowali się bliżej przyrodą syringomyelii ze stanowiska etyologicznego i anatomopatologicznego. Pierwsze bowiem przypadki kliniczne, datujące się od r. 1882, łączą się z nazwiskami Kahlera [16]) i Schultzego.

W sprawie patogenezy syringomyelii istnieją różne spostrzeżenia. I tak Chiari i Leyden odnoszą powstawanie jamek do zawiązków życia płodowego, powstałych przez czę-

[1]) Kaufmann. Lehrbuch der pathologischen Anatomie.
[2]) Sitzung des Vereines für innere Medizin. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 49, 1897.
[3]) Traité des mal. de la moëlle épinière. Paris 1837 w Birch-Hirschfeld's Lehrbuch der pathol. Anat.

[4]) Birch-Hirschfeld. Lehrbuch d. patholog. Anat.
[5]) Archiv. f. Psychiatrie V.
[6]) Virchow's Archiv 1876 LXVIII p. 1.
[7]) Virchow's Archiv LXXXV.
[8]) Deutsches Archiv. f. klin. Med. XXXIII.
[9]) Zeitschrift f. Med. XXXIV.
[10]) Archiv f. exper. Pathol. 1874.
[11]) Virchow's Archiv 87 i 102.
[12]) Archiv f. Psychiatrie V.
[13]) Tamże.
[14]) Prager Zeitschrift f. Heilkunde.
[15]) Gaz. méd. de Paris 1870.
[16]) Prag. med. Wochensch. 1882 i 1888.

ściowe odsznurowanie ściany kanału środkowego rdzenia pacierzowego, a mianowicie w tych przypadkach, w których powierzchnia wewnętrzna jamki wyścielona jest przybłonkiem wałeczkowatym, podobnie jak w kanale środkowym rdzenia pacierzowego. Westphal i Simon zwracają uwagę na związek syringomyelii z powstawaniem nowotworów sporniakowych (neurogliomata) w rdzeniu pacierzowym. Według Hoffmanna syringomyelia powstaje przez rozmiękczenie ognisk tkanki sporniakowej (neuroglii) i to tej tkanki, która w życiu płodowem nie została zużytkowaną. Wskutek np. urazu ulegają te ogniska, zbłąkane z życia płodowego, podrażnieniu, bujają i, przez rozmiękczenie środkowych części takiego wybujałego ogniska, wytwarzać się ma następnie jamka. Staddelmann odnosi powstawanie syringomyelii do krwotoków w istocie szarej rdzenia pacierzowego (Myelorrhagia), a Hallapeau, Joffroy — do ognisk zapalnych (Myelomalacia) w następstwie urazu. Sachser zauważył powstanie syringomyelii w następstwie zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych, a Schultze — w następstwie duru brzusznego.

Na XII. międzynarodowym kongresie lekarskim, który się odbył w roku ubiegłym w Moskwie, poruszył w odczycie Fr. Schultze [17]) sprawę syringomyelii, zestawiając dotychczasowy materyał anatomiczny i kliniczny. Ponieważ praca ta dla nas nie może być obojętną, zważywszy na zasługi autora, znającego dzisiaj najlepiej niezawodnie sprawę syringomyelii, uważam za stósowne przytoczyć główne jego zapatrywania. Przedewszystkiem zwraca uwagę Schultze, iż do dziś dnia istnieją autorowie, jak n. p. Sachser, którzy utrzymują, że nazwa syringomyelii nie oznacza właściwie żadnego anatomicznego pojęcia. Nie wskazuje też ona według Schultzego, na jakość spraw chorobowych, które powodują wytwarzanie się jamek lub szpar pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego. Schultze zalicza t. zw. „hydromyelus“ do syringomyelii.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie sprawy wywołują syringomyelię, t. j. co powoduje tworzenie się jam w rdzeniu pacierzowym, przechodzi Schultze cały materyał kliniczny i anatomiczny — i dochodzi do wniosku, iż syringomyelia występuje w rdzeniu pod względem anatomicznym w pewnych głównych odmianach:

1) Obraz sekcyjny w przebiegu klinicznej syringomyelii stwierdza obecność t. zw. „hydromyelus“, do którego dołączać się zwykły: wodogłowie (Hydrocephalus internus) i różne zniekształcenia utworowe mózgu i rdzenia, polegające już to na niewykształceniu się (aplasia), już to na nadmiernem rozwinięciu się (hyperplasia) pewnych części mózgu i rdzenia. Niekiedy występuje powikłanie z tak zwaną tarnią dwudzielną, (spina bifida), jak to w jednym przypadku Schultze opisał. Ta forma anatomiczna może nie pociągać za sobą niekiedy cechujących objawów klinicznych.

2) W małej liczbie przypadków, obok wydłużonej szpary lub jamki w rdzeniu, znaleźć można przy oględzinach pośmiertnych i typowy nowotwór z tkanki sporniakowej (neuroglioma) w postaci wydłużonych sporniaków. (Gliomatosis). Niektórzy autorowie, chociaż niesłusznie, chcą wykluczyć te przypadki od pojęcia syringomyelii. Odnośna część rdzenia pacierzowego okazuje naówczas obrzmienie.

[17]) Berl. klin. Woch. 1897. Nr. 39 i 40.

3) Przypadki, w których obok wydłużonych jamek znajdują się naokoło silnie rozbujałe komórki neuroglii, i włókna neuroglii, ale nie w tak znacznej ilości, jak w drugiej gromadzie. Tę postać rozwoju neuroglii, aby zaznaczyć, iż tu chodzi tylko o nieznaczny rozwój guza pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego, zwie Schultze „Gliosis“.

4) Przypadki, gdzie ilość komórek tkanki sporniakowej naokoło jamek jest tak nieznaczna, iż nie można mówić o bujaniu jej, lecz tylko o zwyrodnieniu istoty szarej rdzenia pacierzowego na koszt tkanki podścieliskowej, która tem samem na plan pierwszy występuje.

5) W pewnej liczbie przypadków w przebiegu syringomyelii obraz anatomiczny przemawia, obok zajęcia istoty szarej, za zwyrodnieniem już to sznurów bocznych, już to tylnych, rdzenia pacierzowego, a wreszcie

6) i za powikłaniem z przewlekłem zapaleniem opon rdzeniowych (Pacchy-lepto-meningitis chronica).

Również i patogeneza w syringomyelii nie przedstawia tła jednolitego; należy odnieść 1) pewien odsetek do anomalij utworowych; 2) pewien znowu do nowotworów sporniakowych (Gliomatosis) lub gliosis; 3) do urazu i następowego rozmiękczenia ogniskowego rdzenia pacierzowego; 4) do spraw chorobowych, połączonych z zarośnięciem (obliteracya) naczyń krwionośnych; 5) do chorób zakaźnych; 6) poniekąd do następstw zastoju żylnego w kanale pacierzowym, jak w przypadku Langhanza, wskutek guzów, znajdujących się w trzeciej zatoce na podstawie czaszki lub w kanale pacierzowym (Kronthal), upośledzających odpływ krwi żylnej.

Szczególnie zwraca Schultze uwagę na występywanie syringomyelii po urazach znaczniejszych, połączonych z krwotokami w istocie szarej rdzenia pacierzowego. Przemawia zatem ta okoliczność, że ogniska urazowe, wybroczynowe i rozmiękczynowe najczęściej się umiejscowiają poza kanałem środkowym rdzenia i to w pobliżu przednich odcinków tylnych sznurów, tudzież, że według badań Léviera i Minora, krwotoki w rdzeniu mogą się rozpościerać na długich przestrzeniach, zarówno w przedniej jak i tylnej części istoty szarej rdzenia — i okazywać charakter t. zw. krwotoków rurkowatych (Röhrenblutungen). Przemawia zatem i przypadek Thomasa, gdzie 5-letnie dziecko, które po ciężkim porodzie przyszło na świat w zamartwicy (asfiksyi) okazywało objawy syringomyelii, jak nie mniej obecność resztek dawnego barwika w ścianach jamek, którego pochodzenie do poprzedniego znaczniejszego wynaczynienia odnieść należy.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do operacyjnego rozszerzania ujścia zewnętrznego i szyjki macicznej.

podał

Dr. Władysław Hojnacki.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. w dniu 26. marca 1898).

Jeżeli się przypatrzymy wynikom przeróżnych zabiegów operacyjnych, mających na celu rozszerzenie ujścia zewnętrznego i szyjki macicznej, tak skrzętnie zestawionych i właściwej krytyce poddanych przez Doc. Dra A. Rosnera

w 1 i 2 N. N. *Przeglądu lek.* z roku zeszłego, to przyznać musimy, że rzadko tylko wyniki te stoją w proporcyonalnie dodatnim stosunku do zachodów i starań ze strony lekarza a korzyści ze strony operowanej.

Wszystkie bowiem, raz jedne, to znowu drugie, posiadają wady, które dają się zebrać w cztery następujące zarzuty:

1) że płytko przecięte wargi części pochwowej zrastają się napowrót, sprowadzając tylko niepotrzebnie blizny;

2) że po głębokich nacięciach, jeżeli brzegi się nie zrosną, powstaje zniekształcenie części pochwowej, a nieraz i powód do następowych cierpień (ectropium);

3) że wymagają bardzo dokładnego i nieraz bardzo długiego leczenia następowego;

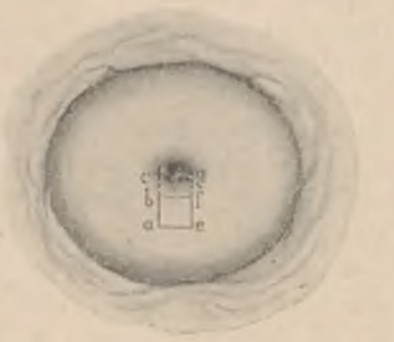
4) że w najlepszym razie nie rozszerzają, lecz tylko przemieszczają wyżej ujście zewnętrzne, co może zadośćuczynić celowi, jeśli ujście zewnętrzne samo tylko jest zwężone, a szyjka balonowato rozdętą, lecz nie wystarcza tam, gdzie i szyjka jest zwężoną.

Nie wszystkim też warunkom odpowiada metoda Rosnera-Marsa (Nr. 2 i 4 *Przeglądu lek.* 1897), jakkolwiek bezwzględnie najlepiej chroni przed powtórnem zrośnięciem się miejsc przeciętych. Bo, jak to sam przekonać się mogłem w 3 niedawno operowanych przypadkach, nie zawsze się ona dokładnie udaje. Sam płatek okrojony ma dążność kurczenia się, co może pociągać za sobą konieczność wysokiego przecinania (sam autor to l. c. przyznaje); szew przeprowadzony za radą autora przez całą długość płatka, (by umożebnić przyleganie), pomijając już trudności techniczne, połączone z wkłówaniem igły w wązkiem już przez się ujściu i płatku, nierzadko przecina, udaremniając nasze zabiegi; wreszcie metoda ta nie rozszerza, ale również przemieszcza tylko ujście zewnętrzne ku górze.

Z tych przeto powodów, jakkolwiek metoda Rosnera-Marsa z dotychczasowych jest bezwzględnie najlepszą, — sądziłem, że w niektórych przynajmniej przypadkach można sobie postąpić inaczej.

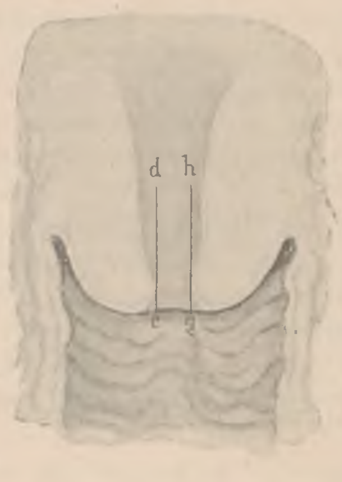
Po wypróbowaniu na zwłokach, zachęcony pomyślnymi wynikami, przedstawiam następujący sposób postępowania:

Po ściągnięciu części pochwowej kleszczykami, wsuwa się nożyk prosto w ujście zewnętrzne, trzymając się strony lewej (tuż przy ścianie bocznej); a gdy już koniec jego znajduje się wewnątrz na $1^1/_2$—3 ctm., pochyla się trzonek ku dołowi i przecina wargę tylną w miejscu *a c* (Rys. I), *c d* (Rys. II); poczem równolegle do pierwszego, a w odległości 4—8 mm., trzymając się teraz strony prawej, robi się drugie takie same cięcie *e g* (Rys. I), *g h* (Rys. II). Każde z tych dwóch nacięć, im bliżej ujścia zewnętrznego, tem głębiej nacina wargę tylną, tworzy zatem trójkąt z podstawą ku przodowi. Obecnie, przytrzymując szczypczykami, wbija się nożyk płasko (w punkcie *f* na Rys. III, a literami *b f* na Rys. I oznaczonym) i, idąc nim równolegle do osi przewodu części pochwowej, łączy się poprzednie 2 cięcia



Rys. 1.

cięciem poprzecznem *b f* (Rys. I), *f k* (Rys. III). Innemi słowy, oddzielamy błonę śluzową szyjki z tkanką mięsną na grubość 1—3 mm., pozostawiając temu płatkowi szypułę (przyczepienie) wewnątrz szyjki. Gdy teraz, wkłówszy nożyk w miejscu *a e* (Rys. I), *e* (Rys. III), przetniemy, kierując się końcem nożyka zbieżnie ku poprzedniemu cięciu, — to już łatwo możemy wyeliminować szczypczykami całkowicie odcięty klin *f k e* (Rys. III), a brzeg płatka *g f* przyszyć jednym szwem katgutowym do *a e* (Rys. I). Ujście teraz przedstawi się nam jak na Rys. IV.



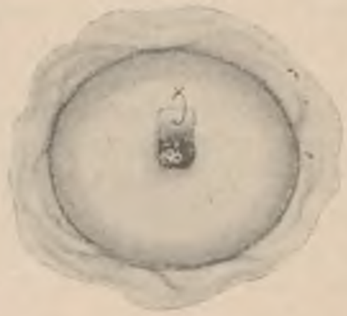
Rys. 2.

Stósownie do wysokości wyjętego klina, a zatem, im większą będzie odległość *f e* (Rys. III) naznaczona, tem większe otrzymamy rozszerzenie ujścia zewnętrznego. Toż samo, im dłuższe będą cięcia na Rys. III literami *f k* i *e k* oznaczone, tem wyżej szyjkę także rozszerzyć możemy.



Rys. 3.

W miarę potrzeby możnaby ten sam zabieg wykonać i na wardze przedniej, względnie robić go po bokach, jak to przy dawnej dyscysyi jest w użyciu; chociaż w obec tego, że przy zwężeniach spotykamy się zazwyczaj i z silnem przegięciem macicy ku przodowi, zabieg powyższy, rozszerzający lejkowato szyjkę, wykonany od dołu, łagodziłby do pewnego stopnia ten kąt przegięcia szyjki (co oczywiście w wyższym stopniu osiągało przecięcie wargi tylnej metodą Simsa). W tem też miejscu najłatwiej można go wykonać, a żadnych obciążających a słusznych okoliczności przeciw zabiegowi na dolnej wardze przytoczyć nie można.



Rys. 4.

Dodać jeszcze dla dokładności winienem, że prowadząc cięcie na Rys. III literami *f k* oznaczone, należy koniec nożyka kierować raczej ku dołowi, a nie ku szyjce macicznej, możnaby bowiem

odciąć cały płatek, mający być przyszytym, pozbawić go szypuły, co oczywiście udaremniłoby cały zabieg.

I to także podnieść wypada, że gdy ujście zewnętrzne jest tak wązkiem, że nie można zrobić dwóch równoległych a przynajmniej o 3—4 mm. od siebie odległych nacięć, (co się bardzo rzadko zdarza, jak to miałem sposobność się przekonać), to najprzód potrzebaby rozciągnąć go do Nru 5 rozszerzadeł Hegara, albo ułatwić sobie czynność nacięciami drobniutkiemi z boków.

Co do leczenia następowego, to skrawek gazy jodoformowej, wsunięty w lejkowato obecnie rozszerzoną szyjkę, przytrzymuje dokładnie powierzchnie okrwawione i przez zetknięcie się umożliwia ich przyrośnięcie.

Nie przeceniając *a priori* wartości powyższego drobnego zabiegu, pozwoliłbym sobie tylko teoretycznie podnieść następujące jego zalety:

1) rozszerza ujście zewnętrzne i szyjkę maciczną odpowiednio do wysokości i głębokości wyciętego kawałka, a nie sprowadza nawrotu;

2) nie zniekształca części pochwowej, nie tworzy żadnych wrębów, blizna natomiast jest linijna;

3) nie tylko rozszerza, ale i łagodzi kąt przegięcia szyjki macicznej;

4) zabieg jest bardzo łatwym (o czem przekonać się można bodaj na odcisku z chleba lub wosku), dającym się uskutecznić w 3—5 minutach. Wązki prosty nożyk, szczypczyki i maleńka zakrzywiona igiełka, to całe potrzebne instrumentarium;

5) leczenie następowe b. proste i krótkie.

W końcu niech mi wolno będzie podziękować za zachętę do przedstawienia tej drobnostki JW. Radcy Dworu, Prof. Rydygierowi.

III. Róg skórny powieki.

Napisał

Dr. Teodor Bałłaban,

okulista we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Zanim na podstawie powyżej opisanych przypadków, uczynię kilka uwag co do sposobu powstawania rogów skórnych, uważam za stósowne wspomnieć w krótkości o dotychczasowych zapatrywaniach na ten przedmiot.

Pierwotne zdanie o mieszkowem powstawaniu (genesis follicularis) rogów skórnych, mianowicie z kaszaków, skórzaków i t. p., popierane szczególnie przez Leberta [1]), oddawna już obalono. Obecnie pozostały tylko dwa zapatrywania co do powstawania rogu skórnego i te się ścierają ze sobą, a mianowicie: powstawanie z brodawek (genesis papillaris) i z naskórka (genesis epidermoidealis). Wyznawcą pierwszego zapatrywania był szczególnie Rindfleisch [2]), drugiego bronił Bätge [3]), a w ostatnich czasach także i Unna [4]). Pośrednie stanowisko w tej sprawie zdaje się zajmować Kaposi [5]), który zalicza róg skóry do zrogowaceń skóry bez przerostu brodawek (Keratosen ohne Papillarhypertrophie), ale charakteryzuje je jako wyrostki skóry o różnym kształcie, barwie i twardości, które się rozwijają na poprzód istniejących przerosłych brodawkach. Ze skóry wciska się gromada przerosłych brodawek z rozszerzonemi naczyniami (czasami tylko miernie, czasami bardzo wysoko) w istotę rogu skórnego.

Wywodami Unny [6]) musimy zająć się nieco obszerniej. Jego zdaniem róg skórny należy uważać jako nowotwór zastoju i przydzielić go do gromady t. z. rogowiaków (Keratoma). Poddał on badaniu 10 rogów skórnych i we wszystkich przypadkach przyszedł do tego samego wyniku, a mianowicie, że róg skórny powstaje zawsze na ściśle określonej i brodawkowato zmienionej podstawie, tworząc rogowiaki, posiadające brodawki i rdzeń (papillen und markhattige keratome). Badał on szczególnie t. zw. włókniaki zrogowaciałe (fibrokeratomy), to jest takie rogi skórne, które powstały ze zrogowacenia włókniaków. Przy ich powstawaniu można, wedle niego, rozróżniać dwa okresy: w pierwszym przychodzi t. zw. akantoza (t. j. wybujanie i proliferacya) równocześnie z t. zw. hyperkeratozą, przyczem nabłonek wybuja na przerosłe listwy i czopy (hypertrophische Epithelleisten u. Epithelzapfen), które wciskają się głęboko w skórę. Przytem brodawki mają być zupełnie zachowane, a uledz zmianie tylko o tyle, że się bardzo znacznie wydłużają i stają się nitkowatemi. Przypuściwszy, że w danym razie odporność brodawek jest o wiele mniejszą, w stosunku do znacznie zwiększonego ucisku nabłonka, to wówczas brodawki po większej części niszczeją, lub też co najmniej zostają w najwyższym stopniu zniekształcone. Ilość brodawek w rogu skórnym zwiększa się zupełnie niezawiśle od ilości poprzednio istniejących brodawek skóry w ten sposób, że skóra przez ucisk najzewnętrzniejszej skorupy rogowej zostaje porowkowaną pojedynczemi listwami i przybłonkowymi czopami. Sama skóra nie ulega wcale zmianom zapalnym. Drugi okres jest okresem gotowego rogu i tem się charakteryzuje, że już istnieje trwała hyperkeratoza, przy coraz bardziej zmniejszającej się akantozie. W tym stanie posuwa się naprzód bujanie nabłonka znacznie powolniej, a równocześnie silne zrogowacenie pozostaje niezmiennem. Zrogowacenie jest najbardziej rozwiniętem w górnych częściach rogu, gdzie też komórki rogowe są najmocniej ze sobą spojone tak dalece, że ta najwyższa część rogu przedstawia zupełnie jednolite wejrzenie. W częściach przypodstawnych rogu między brodawkami, gdzie też warstwa rogowa najbardziej się zniża, znika warstwa ziarnista i kolczasta. W okolicy ponad brodawkami najbardziej cechującemi są istniejące tam bryły i próżne komórki (Schollen und Hohlzellen). Prócz tego przychodzi do t. zw. zwyrodnienia jądrowego „Nucleäre Degeneration“, które Unna odkrył w roku 1879, przyczem idzie o pewien wytwór zwyrodnienia, podobny do nukleiny, w którym jądro komórki znika, a komórka wypełnia się częstokroć bardzo gęsto grubemi ziarnkami i bryłkami.

Z najnowszych badań w tym kierunku wspomnieć należy tylko o pracy Mitwalskyego [7]). Chociaż i w jego przypadku przeciągały przez róg skórny wybujałe brodawki, to

---

[1]) Lebert. Ueber Keratose. Breslau 1864.

[2]) Rindfleisch. Handbuch der pathologischen Gewebelehre 1878.

[3]) Bätge. Zur Casuistik multipler Keratosen. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1876 VI. p. 474.

[4]) Unna. Die Histopathologie der Hautkrankheiten Berlin 1894.

[5]) Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1887 p. 607.

[6]) Unna. l. c. p. 875 u. f.

[7]) Mitwalsky. Ein Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner der Augenadnexa. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894.

mimo tego oświadcza się on za czysto naskórkowem (epidermoidealnem) powstawaniem rogu.

Powiada on mianowicie, „że tworzenie się rogu skórnego przychodzi do skutku przez czynne bujanie i pomnożenie się komórek kolczastych na ściśle określonej, po większej części już przedtem patologicznie zmienionej części skóry. Komórki te wciskają się w kształcie kolb i czopów w leżącą pod niemi tkankę łączną, przeistaczając części tej tkanki, znajdujące się między niemi, w pasy i przedziały i okalając je. Następnie od zewnątrz przychodzi do zrogowacenia komórek kolczastych, począwszy od powierzchni; zrogowacenie to posuwa się w środku kolbek komórek kolczastych w kształcie czopów ku dołowi, niemal do podstawy słupów komórek kolczastych, tak, że tylko te komórki kolczaste, które przylegają do ścianek tkanki łącznej i będące w najbliższem ich sąsiedztwie, pozostają jedynie przez dłuższy czas świeżemi i zachowanemi przed zrogowaceniem“.

Co się tyczy moich przypadków to, na podstawie przeprowadzonego badania anatomicznego, muszę oświadczyć, że rogi skórne należy zaliczyć do rzędu brodawek, od których te różnią się li tylko szczególniejszym stopniem bujania naskórka i wielką intenzywnością zrogowacenia.

Sądzę, że tem śmielej mogę tak twierdzić, gdyż w 1-ym moim przypadku miałem sposobność badać trzy różne stopnie rozwoju rogu skórnego. Dwa pierwsze nowotwory wskazywały typową budowę brodawek, różniąc się od nich jedynie tylko licznymi złogami keratyny w komórkach środkowej warstwy i bardzo głęboko sięgającem zrogowaceniem powierzchownej warstwy silnie zgrubiałego naskórka. Ale także i w największym, zupełnie rozwiniętym, rogu można dostrzedz brodawki, które aż do wierzchołka były dość prawidłowe, lub też widocznie przez zatkanie naczyń przechodziły w zaschnięcie, podobne do martwicy (nekrozy) szklistej. A przecież byłoby to niemożliwem, gdyby tworzenie się rogu nie było wyprzedzone bujaniem brodawek. Co prawda, przyczyna, dla której niektóre brodawki podpadają ponownym sprawom zrogowacenia, nie da się jeszcze oznaczyć. Najprawdopodobniejszem zdaje się, że istnieje pewne osobnicze usposobienie, zaczem przynajmniej w moim pierwszym przypadku przemawia u jednej i tej samej osoby wielokrotność brodawek, które później zrogowaciały.

Chciałbym jeszcze kilka uwag poświęcić wzrostowi rogów skórnych. Jakkolwiek przez badanie obydwóch małych rogów w moim 1-ym przypadku, jako też przez tę okoliczność, że aż do wierzchołka największego rogu w tym przypadku i w przypadku drugim, dają się wykazać brodawki, chociaż wstecznie przeobrażone, jest udowodnionem niezbicie powstawanie rogów przez bujanie brodawek i następne zrogowacenie równocześnie bujającego nabłonka, to przecież nie możemy wykluczyć w innych przypadkach możliwości powstania rogów w inny sposób — chociaż na podstawie mojego badania nie zdaje mi się takowy być prawdopodobnym.

Jeżeli następnie z opisu moich przypadków zechcemy wyciągnąć dalej idące wnioski, to zobaczymy, że w podobny sposób odbywa się również i wzrost rogu na długość i grubość. Podczas bowiem, gdy następstwem zrogowacenia wierzchołków brodawek musi być równocześnie samodzielne ustanie bujania, — gdyż jak wiemy, przez ucisk na naskórek i przez ciężkość rogu muszą wystąpić w naczyniach brodawek zaburzenia krążenia krwi, a tem samem zostaje ograniczonym ich wzrost, — to równocześnie wsuwają się od podstawy do wnętrza i obok pierwotnego nowotworu nowe brodawki (co szczególnie dobrze daje się spostrzegać na nowotworze III. przyp. 1. i w przypadku 2-gim) i dostarczają w ten sposób materyału do rośnięcia rogu na długość i grubość. Ze wreszcie i inne utwory skórne mogą współdziałać w tem bujaniu, to nic dziwnego, gdyż wiemy, że przy nowotworowem bujaniu jakiegokolwiek składnika skóry, równocześnie i inne składniki zostają do współudziału pociągnięte. W początkach zaś tworzenia się rogu w moim przypadku 1-ym (I. i II.) i w przypadku 2-gim widzimy gruczoły skóry całkiem prawidłowe, a także i w rogu wyrośniętym (III.) przyp. 1. Szczególniejszego współdziałania gruczołów wcale nie widać.

Należy zatem zaznaczyć w końcu, że nie wszystkie te utwory, które my łączymy pod nazwą i obrazem „rogu skórnego“, muszą koniecznie posiadać tę samą histologiczną budowę, gdyż li tylko to jedno jest pewnem, że wszystkim im wspólnem jest zrogowacenie „keratoza“. Jest jednak także zupełnie możliwem, że zrogowacenie może się rozwinąć także w nowotworach różnego pochodzenia i różnej histologicznej budowy, a do tego zapatrywania musiałyby doprowadzić opisy przypadków w odpowiedniej części literatury.

Jeżeli się zatem rzecz tak ma, to może byłoby możliwem nie używać więcej czysto symptomatycznego miana „rogu skórnego“, a rozpoznawać podług początkowej cechy nowotworu. Nowotwory zatem o podobnej budowie histologicznej, jak w moich obu przypadkach, należałoby wówczas najlepiej nazwać „Keratosis papillomatosa“.

Przed samem oddaniem pracy niniejszej do druku, znalazłem w wydanym właśnie zeszycie *Archiv für Dermathologie und Syphilis* pracę Spietschki, który badając anatomicznie 9 podobnych przypadków, przychodzi do zupełnie analogicznych ze mną wyników, a mianowicie że róg skórny powstaje przez bujanie brodawek skóry, przyczem zwiększa się znacznie nabłonek przy równoczesnem bardzo silnem zrogowaceniu.

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Hartmann: **Krankheiten des Ohres und deren Behandlung**. Szóste, poprawione i powiększone wydanie z 65 rysunkami. Berlin. Fischers Buchhandlung.

Wśród mniejszych i większych podręczników otyatrycznych dzieło, o którem pomówić zamierzamy, odznacza się, jak mało które, zasłużonem wzięciem i ogólnem uznaniem. Dowodzą tego liczne wydania oraz przekłady na język angielski, włoski, rosyjski i francuski. Zamiar autora: podania zarysu chorób usznych i ich leczenia został wykonany z najzupełniejszem powodzeniem. Co przedewszystkiem mile uderza, to brak wszelkiego naśladownictwa, a natomiast widnieje nawskroś oryginalne pojęcie i opracowanie przedmiotu. Oparty na długoletniem doświadczeniu, wierny przedmiotowemu spostrzeganiu i klinicznej wprawie, zdołał autor wyłożyć obszerną i bogatą treść z taką dokładnością i przejrzystością, a zarazem zwięzłością, że tem zapewnił swemu

dziełu pierwszorzędne miejsce w szeregu podręczników otyatrycznych.

Na wstępie podaje autor krótki szkic dziejów tej gałęzi nauki lekarskiej, od czasów przedhipokratycznych, w którym pomieścił wiele nader interesujących szczegółów; następnie znaczną część całego dzieła poświęcił treści ogólnej, obejmującej sposoby badania, rozpoznawania, symptomatologię, etyologię, zapobieganie i leczenie ogólne. Anatomia i fizyologia narządu słuchowego podane są przy poszczególnych częściach podręcznika i o tyle tylko, o ile to dla zrozumienia rzeczy jest niezbędnem. W rozdziale, traktującym o etyologii, poruszone zostały i inne choroby, tak ogólne jak i miejscowe, będące w stosunku przyczynowym do chorób ucha. Wyczerpująco są traktowane ciała obce w uchu. Prosty podział zapaleń ucha środkowego wyróżnia się korzystnie od zawiłego dzielenia tych chorób w innych podręcznikach i zasługuje na uznanie. Podnieść należy również proste i jasne przedstawienie powikłań przewlekłego ropienia usznego, oraz takich ich przyczyn, jak żółciołojaki, ukleje i choroby śródczaszkowe.

Zbyteczną jest rzeczą dodawać, że zmiany i uzupełnienia, wynikłe z postępującego rozwoju nauki, znajdują w tem wydaniu należyte uwzględnienie (znaczenie bakteryj w zapaleniach usznych, gruźlicze zapalenie ucha środkowego, wykonanie nakłócia lędźwiowego i jego znaczenie w chorobach opon mózgowych pochodzenia usznego i t. p.). Razi nas jedna okoliczność: podczas gdy opis doszczętnej operacyi, w celu odsłonięcia wszystkich przestworów ucha środkowego, podaje autor obszernie i dokładnie, o operacyi wycięcia błony bębenkowej i kostek słuchowych, przydarzającej się lekarzowi praktycznemu o wiele częściej i przystępniejszej, ledwie pobieżnie i powierzchownie wspomina.

Styl łatwy, przeglądowe ułożenie treści, staranne wydanie wraz z wyżej przytoczonemi zaletami, czynią to dzieło cennem i polecenia godnem. *Spira.*

Pawiński: **Die allgemeinen und speciellen Indicationen der Herzmittel.**

Leki sercowe można podzielić na dwa główne działy: 1) leki mające swoisty wpływ na mięsień sercowy i jego unerwienie, t. j. n. błędny i 2) leki podnoszące energię mięśnia sercowego przez podniecenie mózgu i rdzenia.

Na czele pierwszej gromady stoi *naparstnica*, przedewszystkiem w przypadkach niedostatecznej i nieregularnej czynności serca, — przeciwwskazaną zaś jest w przypadkach zwolnienia tętna, podwyższenia parcia w układzie tętniczym, zwłaszcza u osobników z miażdżycą tętnic, tętniakami aorty, w chorobie Basedowa, u kobiet w okresie przejściowym (climacterium). Tylko wyjątkowo należy stosować naparstnicę w tłuszczowem zwyrodnieniu mięśnia sercowego, gdyż często już po kilku dawkach leku występuje znaczne zwolnienie lub przyśpieszenie tętna i arytmia. Również nie polecamy naparstnicy w przypadkach, gdzie idzie o szybkie działanie; wówczas podamy *strophantus* z kofeiną. Najkorzystniej zapisywać naparstnicę w postaci naparu z 0,50—1,25 : 180,0 co 2 godziny łyżkę; często wystarczą dwie dawki, niekiedy uciekamy się do trzech, a wyjątkowo tylko do czterech. U osób osłabionych i starszych dobrze jest dodać eteru, kofeiny lub wina.

W działaniu na mięsień sercowy najbliżej naparstnicy zostaje *strophantus* a nawet w chorobach samego mięśnia sercowego (myocarditis fibrosa) przewyższa ją. W wadach zastawkowych serca, zwłaszcza w początkowych okresach zaburzenia kompensacyi, w miażdżycy tętnic (w połączeniu z jodem) oddaje *strophantus* dobre usługi, natomiast źle bywa znoszony w chorobie Basedowa, w nerwicach serca. Dawka nalewki 2—3 r. dz. po 5—10 kropli.

Inne leki sercowe jak: *Adonis vernalis, convallaria majalis, Scilla maritima* w postaci naparów z 4,0 : 180.0 działają podobnie do naparstnicy, tylko w mniejszym stopniu; czasem zaś, gdzie naparstnica zawodzi, wywierają korzystne działanie. *Sparteina*, polecana głównie dla swego uspokajającego wpływu na układ nerwowy — u osób niedokrewnych, wrażliwych, histeryczek, u kobiet w okresie przejściowym (climacterium), u neurasteników, nałogowych palaczy tytoniu, morfinistów — sprowadza uczucie zadowolenia, a nieraz działa nasennie. Dawki 0,015—0,045 3—4 razy dziennie. Często łączy się sparteinę z chininą i żelazem.

Do drugiej gromady zalicza autor kofeinę i diuretynę, leki spokrewnione nietylko składem chemicznym, ale i działaniem na ustrój. Zwiększając diurezę, tem samem usuwają przeszkody dla serca; to też tętno często następowo wzmacnia się i reguluje. Najkorzystniejsze działanie kofeiny uwidocznia się w końcowych okresach chorób mięśnia sercowego, miażdżycy tętnic wieńcowych, marskości nerek; nadto w ostrych przypadkach u osób poprzednio zdrowych, n. p. w chorobach gorączkowych, po wysiłkach fizycznych, wstrząśnieniach moralnych i t. d. Dawka kofeiny dzienna może dochodzić 2 grm. diuretyny zaś 6 grm. (Heilkunde 1897. II. R. 1 Z). *Dr. Kędzior.*

V. Wyciągi.

Dr. R. Stierlin: **O chirurgicznem leczeniu śledziony wędrującej.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.*, T. 45, Z. 3 i 4). Jakkolwiek znanem było autorowi przyszywanie śledziony wędrującej, wykonał w jednym przypadku jej wycięcie u kobiety 30-letniej, gdyż śledziona w tym przypadku wydawała mu się za wielką do przyszycia, ważyła bowiem 2300 grm. A tem chętniej przystąpił do splenektomii, że statystyka wykazuje 6·25% śmiertelności po tej operacyi, a żaden z autorów nie zanotował dotychczas poważniejszych, życiu grożących, objawów, występujących u ludzi pozbawionych śledziony. Zasadniczo jednak jest zwolennikiem splenopeksyi i wykona ją w każdym przypadku śledziony ruchomej, niezbyt powiększonej, co najwyżej 2—3 krotnie. Wtedy najchętniej postępowałby wedle zaleceń Prof. Rydygiera. Chociaż bowiem od czasu, w którym Prof. Rydygier pierwszy zalecił i wykonał splenopeksyę, w miejsce powszechnie po ówczas używanej splenektomii (p. Przegl. lek. 1895 str. 33 i 1896 str. 147) powstały 4 nowe metody, lecz żadna z nich, z wyjątkiem może Bardenheuera, nie odpowie celowi. Pierwsza z nich, nie zasługująca na miano metody, jest bowiem tylko modyfikacyą pierwotnej Rydygiera; zaleconą została przez Gierdanoa. Polega ona na tem, że G. oddziela nietylko otrzewnę, ale także powięź poprzeczną brzucha, i z obu tych warstw wytwarza kieszonkę, w którą wkłada śledzionę i brzeg kieszonki szwem kuśnierskim przyszywa do powierzchni śledziony (Modyfikacya ta nie zdaje się być zbyt szczęśliwą, gdyż powięź poprzeczna wywierać musi zbyt silny ucisk na śledzionę, co bez dolegliwości podmiotowych pozostać nie może. Przyp. spraw.). Trzecią, wzgl. drugą, metodę stworzył Bardenheuer. Ten robi cięcie prostopadłe w linii pachowej środkowej, od grzebienia kości biodrowej aż do łuku żebrowego, i dodaje cięcie poziome od górnego końca poprzedniego ku tyłowi. Cięcia owe pogłębia aż do otrzewnej, nie przecinając tej ostatniej. Po oddzieleniu wyciętego płatu skórno-mięśniowego, podpycha śledzionę przez powłoki brzuszne ku ranie. Teraz dopiero nacina otrzewnę, przez wytworzoną szczelinę wydostaje śledzionę poza jamę brzuszną i natychmiast zaszywa otwór w otrzewnej, zajmując szwami równocześnie szypułę śledziony. Ponad odpowiednio umieszczoną śledzioną zaszywa tkanki warstwowe, dodając nadto szew przez dolny biegun śledziony i 11-te żebro. Główną wadą tej metody jest to, że się operuje na ślepo. A pomijając już niepewne rozpoznanie, pamiętać trzeba o tem, że śledziona ruchoma może pozrastać się z jelitami etc. Dla zupełności już tylko wspomnieć należy o metodzie Żykowa, który radził uchwycić śledzionę w siatkę katgutową, którą potem

przyszywa do powłok brzusznych, i o ostatnim sposobie Kouwera, który otwiera jamę brzuszną cięciem lędźwiowem, w cięcie to wprowadza śledzionę, i w tem położeniu stara się ją ustalić uciskiem silnym na brzuch, z góry wywartym, podczas gdy samą ranę goi przez ziarninowanie. W jednym przypadku i tą drogą doszedł autor do celu, prawdopodobnie dzięki poparzeniu powierzchni śledziony żegadłem Pacquelina, użytem w celu zatamowania krwotoku z otworów, po usiłowanych, a niezałożonych szwach; w drugim jednak zawiodła, i co gorsza, spowodowała objawy niedrożności przewodu pokarmowego, poprostu z powodu owego gwałtownego ucisku zewnętrznego. *Herman.*

Kalenscher: **Leczenie krwotoków macicznych octanem glinowym.** *(Münchener medizinische Wochenschrift.* 1898. Nr. 1.) Autor poleca octan glinowy w rozczynie (liquor aluminii acetici) do przestrzykiwań, jako środek wypróbowany przez siebie w krwotokach macicznych, występujących bądźto z powodu niedowładu macicy, bądź też zatrzymania resztek błon płodowych lub łożyska w macicy. Przetworowi temu przypisuje autor trzy własności działające, mianowicie: tamującą krwawienie, ściągającą i przeciwgnilną. Zastósowanie tego środka w krwawieniu maciczném nie przedstawia trudności. Do wstrzykiwań używa autor strzykawki, mającej około 30 ctm. objętości, zaopatrzonej nasadką rogową 15—20 ctm. długą, grubości zwykłego cewnika i nieco zagiętą, którą wprowadza się po palcu do jamy macicznej. 3—5 wstrzyknięć po 30 ctm. płynu naraz, wystarczy do wywołania skutku. *Wiw.*

Reinecke: **Zmiany macicy i jej przydatków pod wpływem bodźców mechanicznych i zużytkowanie ich pod względem rozpoznawczym i leczniczym.** *(Münchener medizin. Wochenschrift.* 1897, Nr. 52). Na podstawie 200 spostrzeżeń stwierdza autor własność macicy oddziaływania na bodźce mechaniczne przez zmianę zbitości, kształtu i objętości, a mianowicie, miąższ macicy wybitnie jędrnieje i może dojść do chrząstkowatej twardości, trzon przybiera kształt zbliżony do kulistego, wymiar przednio-tylny się zwiększa, a podłużny się zmniejsza, brzegi boczne macicy ulegają przypłaszczeniu, przytem objętość macicy, przez zmniejszenie jamy, pomniejsza się także. Jędrnienie miąższu trzonu macicy udziela się także górnemu odcinkowi szyjki. Autor stwierdza i tę okoliczność, że najkorzystniejszem miejscem dla działania bodźców jest okolica szyjkowego zwoju nerwowego, a w ogóle tylna ściana macicy. Długość trwania skurczów macicy zależną jest od zachowania się utkania macicy i siły bodźców, z których najpewniej wywołują wyżej wspomniane zmiany: nacierania koliste i uderzenia drgające, przez Kumpfa zalecane. Również podobny skutek wywołuje przesuwanie macicy na prawo lub lewo, a równocześnie ku tyłowi i ku górze. Stósowanie tych bodźców mechanicznych najlepiej daje się uskutecznić w pochyłem ułożeniu kobiety, z miednicą uniesioną ku górze.

Powyższe właściwości macicy zużytkowuje autor w celach różniczkowego rozpoznawania ciąży pierwszych miesięcy od przewlekłego zapalenia macicy, lub w celu wykazania włókniaków wśród miąższu macicy, gdyż macica ciężarna czułą jest na wszelkie bodźce mechaniczne, podczas gdy macica zapalnie zmieniona zupełnie na nie nie oddziaływuje; przy włókniakach zaś macica kurczy się niejednostajnie.

Wpływ bodźców mechanicznych na macicę ma zastósowanie także i w leczeniu zapaleń przewłocznych, gdyż im miąższ staje się kurczliwszym, tem szybciej traci chrząstkowatą twardość, właściwą zapaleniu, staje się mniej bolesny i maleje. A ponieważ błona śluzowa macicy stoi w ścisłym związku z miąższem, więc prawdopodobnie równocześnie leczymy i zapalenie błony śluzowej. Celem leczenia wolnego tyłozgięcia macicy, stosuje autor metodę podobną do sposobu Döderleina, mianowicie, po odprowadzeniu macicy ku przodowi, zgniata ją w tem położeniu, a następnie przez miesienie pobudza do skurczów i, ustaliwszy w tem położeniu, zakłada krążek. Ten proceder powtarza się co ośm dni. *Wiw.*

Dr. Elzholz: **O psychozach w przebiegu charłactwa rakowego.** *(Wykład wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa psychyatrów i neurologów w Wiedniu).* Prelegent wspomniał o staraniach nowszych psychyatrów, zmierzających do utworzenia naturalnego podziału chorób umysłowych, który, wobec braku zmian anatomo-patologicznych, zdaniem Dra Elzholza, najlepiej byłoby ułożyć wedle przyczyn, przebiegu i przypadków. Po omówieniu nielicznych dotąd ogłoszonych, a skrzętnie zebranych przypadków, w których jednak wcale nie podnoszono znaczenia raka, jako czynnika przyczynowego, prelegent przystąpił do szczegółowego opisania 3-ch przypadków, które sam spostrzegał; dotyczą one osób dziedzicznie nie obciążonych, które przedtem żadnych ważniejszych chorób nie przechodziły. W 1-ym przypadku sekcya wykazała raka ściany jamy gruźliczej płuca lewego, przerzuty w części lędźwiowej stosu pacierzowego i zajęcie gruczołów śródpiersiowych, oskrzelowych, i podobojczykowych; w 2-gim raka odźwiernika z następowem zwężeniem wspólnego przewodu żółciowego i ciężką żółtaczką; w 3-im przypadku rozpadającego się raka odbytnicy, z ropnem zapaleniem około kiszki odchodowej, obustronne zapalenie podskórnej tkanki łącznej w okolicy pachwinowej i zapalenie miąższowe nerek. Pomimo, że w ostatnich dwóch przypadkach zachodziły powikłania, to przecież prelegent sądzi, że zachodził ścisły związek pomiędzy rakiem a psychozą; wpływ ciężkiej żółtaczki na chorobę umysłową łatwo wykluczyć, zważywszy, że zboczenia umysłowe, tą chorobą wywołane, są zupełnie inne, aniżeli w przypadku przytoczonym. W przypadku rozpadającego się raka odbytnicy zboczenie umysłowe wystąpiło dwa miesiące przed zgonem, w czasie, kiedy, uwzględniwszy tablicę ciepłoty ciała, wpływ sprawy ropnej i rozpadowej, na karb której należałoby także położyć zapalenie nerek, nie był jeszcze prawdopodobnym. Oprócz tego można było w tych przypadkach wykazać metodą Marchiego zmiany w rdzeniu, o których już Lubarsch twierdził, że mają związek z rakiem. Wreszcie przebieg psychozy a szczególnie zaburzenie świadomości, we wszystkich 3-ch przypadkach, tak były do siebie podobne, że i to przemawia za wspólnym czynnikiem przyczynowym. Chorzy byli czasem bezprzytomni, czasem zaś przy pełnej lub tylko zamglonej samowiedzy; ale i podczas tych przerw tylko początkowo jasno odpowiadali na zadawane pytania; po chwili myśli ich znowu się plątały, pamięć opuszczała, kojarzenie idei stawało się niemożliwe. W ogóle chorzy byli przygnębieni, a podczas zaburzeń samowiedzy, przygnębienie wzmagało się nieraz do zupełnego wstrętu do życia.

Co do umiejscowienia raków, to prelegent inaczej tłómaczy wpływ raków przewodu pokarmowego na zboczenia umysłowe, a inaczej wpływ raków, położonych poza przewodem. Podczas gdy w pierwszym razie chodzi o samozakażenie wskutek zaburzeń trawienia, to w drugim, chodzi o wessanie produktów rozpadowych, które powodują odpływ limfy do naczyń krwionośnych (doświadczenia Gravitza) co upośledza odżywienie tkanin w ogóle, a mózgu w szczególności. *Dr. Halban.*

Peiper: **Przyczynek do symptomatologii zwierzęcych pasorzytów.** *(Deutsche medizinische Wochenschrift* 1897, Nr. 48). Biorac za punkt wyjścia opis własnego przypadku, w którym u 10-letniej dziewczynki ustąpiły objawy zapalenia opon mózgowych po zastósowaniu santoniny i odejściu 20 glist, zebrał autor skrzętnie, z dostępnej dla niego literatury podobne przypadki, tyczące się różnych pasorzytów zwierzęcych. Wynikałoby z tego zestawienia, że choć usprawiedliwionem jest ograniczenie symptomatologii robaków, głoszonej przez dawniejszych lekarzy, to byłoby błędem wpadać w drugą ostateczność i odmawiać, jak się to obecnie często dzieje, pasorzytom zwierzęcym wszelkiego klinicznego znaczenia. Cały szereg dokładnych spostrzeżeń świadczy, że nie chodzi tutaj jedynie o zużywanie soków odżywczych,

krwi itd., lub o działanie mechaniczne, które na drodze odruchowej prowadziłby mogło do rozmaitych objawów nerwowych, ale przedewszystkiem o działanie jadów, wytworzonych przez te zwierzęta, a zatruwających ustrój gospodarza. Zagadkową jednak jest okoliczność, dlaczego do wystąpienia wybitniejszych objawów przychodzi w niewielkiej tylko części przypadków. Zależy to może od liczby pasorzytów, od stanu, w jakim się one znajdują, ich żywotności, wieku, być może od pewnych stanów chorobowych pasorzytów, n. p. ich obumierania.

Co się tyczy glist (ascaris lumbricoides), to na obecność jakiejś istoty trującej zwraca już uwagę swoisty, ostry, pieprzowaty ich zapach, zjawiający się szczególniej przy rozcinaniu większych okazów. Przy preparowaniu tych zwierząt zauważano też często łzawienie i pieczenie oczu, obrzmienie mięsek łzowych, kichanie, bóle gardła, silne świerzbienie i obrzmienie palców, które się bezpośrednio stykały z pasorzytami, a po przypadkowem wprowadzeniu palcami troszki cieczy drażniącej do worka spojówkowego, — gwałtowne zapalenie spojówki. Ciecz ta wstrzyknięta podskórnie, w ilości 2 cm^3, zabija królika.

Przy badaniu pośmiertnem znajdowano niejednokrotnie w sąsiedztwie kłębków, utworzonych przez glisty, na błonie śluzowej, ogniska zapalne i miejsca pozbawione przybłonka.

Pod względem klinicznym mogą być glisty przyczyną najrozmaitszych przypadów, a nawet śmierci. Przypady te cechują się tem, że szybko znikają z chwilą usunięcia pasorzytów. Należy tu wymienić wymioty i gwałtowne morzysko, gorączkę i poty nocne, niepokój i drażliwość, zaburzenia psychiczne, jak przytępienie umysłu z bredzeniem i osłupienie zadumowe, zaburzenia w unerwieniu źrenicy, omdlenia, porażenie połowicze, kurcze rozmaitego rodzaju, drgawki, tężec napadowy mięśni grzbietowych, wreszcie ciężką niedokrewność.

Tasiemce wywołują niekiedy także różne zaburzenia nerwowe, a nawet objawy padaczki. Często spotykano przy nich zaburzenia narządu wzrokowego. Bróździgłowiec szerokoczłonki (botriocephalus latus) jest często powodem złośliwej niedokrewności; jady przez niego wydzielane działają widocznie zabójczo na narządy krwiotwórcze.

Podobnie działa tęgoryjec dwunastnicy (anchylostoma duodenale), gdyż niemożliwem jest tłómaczenie całego obrazu klinicznego utratą krwi. Zresztą z moczu chorych daje się wyosobnić ptomaina, która wstrzykiwana królikom, wywołuje postępową niedokrewność.

Bąblowce zawierają w płynie worka jady, które, dostawszy się, n. p. przy nakłóciu próbnem, do otrzewny, mogą wywołać jej zapalenie, a w razie wessania liszaj wargowy, pokrzywkę, gwałtowne objawy nerwowe, a nawet śmierć. — Dlatego to właśnie nakłócie próbne worka bąblowcowego coraz mniej jest używane.

Także włosogłówki (trichocephalus dispar) i glistnice robaczkowe (oxyuris vermicularis) mogą być powodem różnych objawów nerwowych, naśladujących czasami zapalenie opon mózgowych, a po spożyciu mięsa z włosieniami (trichina spiralis) pojawiają się, skutkiem otwarcia ich torebek i uwolnienia przezto jadów, objawy podobne do cholery już w tym okresie, kiedy jeszcze o jakimkolwiek działaniu mechanicznem pasorzytów na ścianę jelita nie może być mowy.

Lewkowicz.

Soltmann (Lipsk): **O rozpoznawczej wartości szmerów sercowych w wieku dziecięcym.** (69 zebranie niemieckich przyrodników i lekarzy w Brunszwiku. *Münch. med. Woch.* 1897, 45). Znaną jest rzeczą, że serce dziecięce mniej jest wrażliwe na szkodliwości, niż serce człowieka dorosłego. Ta większa odporność ma uzasadnienie w stosunkach anatomicznych i fizyologicznych (Stosunek obu komór do siebie L. P. = 6,2:6,5, względna obszerność wielkich naczyń, stosunkowo znaczniejsza siła mięśnia).

Stosunkami przysłuchowymi, przy badaniu serca dziecięcego, zajmował się już dawniej przedewszystkiem Hochsinger. Otóż, za jego przykładem, stwierdza autor, że szmery z niedokrewności nie zdarzają się prawie nigdy w pierwszych czterech latach życia, a nawet aż do 8-go roku życia zdarzają się rzadko. Przeciwnie, należą one do prawidła przy niedokrewności i błednicy w okresie pokwitania. Tłómaczy się to nizkiem ciśnieniem w komorach, a nadmierną szerokością początkowych części tętnicy głównej i płucnej u małych dzieci, przyczem nie może przyjść do rozdźwięku i szmeru; ponieważ zaś w czasie pokwitania stosunki się odwracają, serce znajduje się na szczycie wzrostu, a początkowe części naczyń są wąskie, więc i szmery łatwo wtedy powstają.

Jeżeli u starszych dzieci przyjąć mamy szmer z niedokrewności, to muszą istnieć inne jej objawy, nie powinno być ostrych chorób zakaźnych, szmer powinien być najwyraźniejszy nad ujściem płucnem, a w każdym razie wyraźniejszy tutaj, niż nad koniuszkiem; powinien być czysto skurczowy, drugi ton nad płucną nie zaostrzony, uderzenie koniuszkowe w linii, lub na wewnątrz l. sutkowej bez cechy podnoszenia, tętno nie skaczące.

Jeżeli się w pierwszych latach życia słyszy szmery anorganiczne, to chodzi o szmery uciskowe (powiększenie gruczołów, zniekształtnienie klatki piersiowej).

Co się tyczy szmerów sercowo-płucnych, na które już także Hochsinger zwrócił uwagę, a które można uważać za fizyologiczne, to i z nimi nie spotykamy się w pierwszych latach życia. Szmery te są najczęściej skurczowe, współczesne z czynnością serca, przerywane, rozmaitej barwy i tem się odznaczające, że przy nasilonym oddechu się wzmagają, a przy zatrzymanym — nikną.

Szmery śródsierdziowe, skurczowe, znachodzą się przy niedomykalności zastawki dwudzielnej i są niekiedy jedynym wyrazem tego cierpienia. Do nich dołącza się zwykle uderzenie koniuszkowe z cechą podnoszenia. Wszystkich innych objawów, znajdowanych u dorosłych (powiększenia stłumienia serca, kłapiącego drugiego tonu nad płucną, powiększenia ciśnienia w tętnicy płucnej, objawów zastoju, lub zaburzenia w wyrównaniu), może zupełnie brakować. Dopiero po długoletniem trwaniu sprawy, szczególnie w okresie pokwitania, zjawiają się u dziecka dolegliwości i wtedy zmieniają się też stosunki bardzo znacznie na niekorzyść; obok szmeru skurczowego znajdujemy silne zaostrzenie 2-go tonu nad płucną, rozszerzenie stłumienia, a w danym razie zaburzenia w wyrównaniu.

Lewkowicz.

K. Gerson: **Opatrunek przylepcowy w miejsce „suspensorium scroti"**. (*Berl. klin Woch.* 1898, Nr. 3). Składa się on z opaski pokrytej z jednej strony plastrem cynkokauczukowym i kończącej się tasiemkami, Po ogoleniu i osuszeniu worka mosznowego zakłada się nań, w położeniu leżącym chorego, opaskę okrężną, poniżej wysuniętych ku górze jąder, uciskając z lekka. W ten sposób użyta, zostaje górna część worka mosznowego, jako właściwe *suspensorium* dla jąder. Po 4 tygodniach zmiana opatrunku.

G. podnosi zalety swego opatrunku, wobec zwykłego *suspensorium*, przez wyższe uniesienie jąder i pewniejsze ich ustalenie wśród jednostajnego, łagodnego, dającego się stopniować ucisku. W końcu dodaje, że przylepienie jego nie drażni wcale skóry i że cały opatrunek jest niezmiernie tani. (75 fenig.).

Dr. B. Wojciechowski.

Dr. Erlach: **O leczeniu zapalenia otrzewnej powstałego po operacyach.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 3, 1898 r.). Otrzewna sama przez się posiada, zdaniem autora, dzięki swej zdolności wchłaniania zarazków chorobotwórczych, większą odporność przeciw szkodliwym wpływom, niż sądzono w czasach przed wprowadzeniem przeciw- i bezgnilnego postępowania w chirurgii. Jako dowód przytacza E. przypadki, w których operowano otok ropny trąbek, przyczem część treści wylała się do jamy otrzewnowej, a mimo to wyzdrowienie nastąpiło. Leczenie chirurgiczne zapalenia otrzewnej powinno zasadzać się, zdaniem autora, na szerokiem otwarciu powłok brzusznych, które ma na celu

ułatwienie odpływu wydzieliny, podobnie jak szerokie nacięcia przy flegmonach i ropniach, tudzież na jak najdokładniejszem osączkowaniu jamy brzusznej zapomocą gazy, którą autor wprowadza do jamy otrzewnowej i następnie pokrywa nią ranę, powstałą przez przecięcie powłok brzusznych, nie zeszywając ich. Tym sposobem leczył E. dwa przypadki zapalenia otrzewnej, które powstały po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej. W jednym przypadku wyjął szwy na drugi dzień po operacyi, opatrzył ranę w podany wyżej sposób; w drugim zaś, w którym, w parę dni po zabiegu pierwotnym, wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej, otworzył powtórnie szóstego dnia powłoki brzuszne, wprowadził do jamy otrzewnowej szerokie paski gazy jodoformowej, pokrył ranę gazą wyjałowioną i, zmieniając opatrunek co kilka dni, podobnie jak w pierwszym przypadku, uzyskał zagojenie się rany przez wypełnienie się jej ziarniną. W obu przypadkach nie przepłókiwano jamy otrzewnowej, ażeby nie ułatwić rozszerzania się zarazków. W obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Postępowanie powyższe oddało autorowi dobre usługi w przypadkach zapalenia otrzewnej, powstałych po laparotomiach; w przypadkach zaś połogowego zapalenia otrzewnej, gdzie punktem wyjścia zapalenia jest jama macicy, radzi autor wycięcie macicy przez pochwę. *Piotrowski.*

Dr. B. Szaposznikow: **W sprawie zapalenia osierdzia.** *(Mittheil. u. d. Grenzgebieten d. Medic. u. d. Chirurgie* T. II. str. 86). W rozprawie tej, popartej spostrzeżeniami klinicznemi i doświadczalnemi, dowodzi autor, traktując rzecz przeważnie ze stanowiska chirurgicznego, że bynajmniej nie jest regułą, aby serce w zapalnym wysięku osierdziowym, opadało ku tyłowi i dołowi. Przeciwnie, nawet w obec bardzo znacznej ilości wysięku i wobec braku zrostów osierdziowych, serce leżeć może tuż pod przednią ścianą klatki piersiowej. A zatem widoczne uderzenie koniuszkowe serca i słyszalne tarcie osierdziowe w takich przypadkach nie wyklucza wcale sprawy zapalnej wysiękowej w osierdziu. Ta też okoliczność znosi dawną regułę, by nakłócie osierdzia uskuteczniać w III l. IV przestworze międzyżebrowym lewym, tuż przy mostku. Bo tu nakłóć możemy samo serce, co się też autorowi, a przedtem komu innemu, szczęściem bez szkody dla chorych, zdarzyło. Autor radzi tedy nakalać osierdzie w III lub IV przestw. międzyżebr. prawym, tuż obok mostka; a w razie b. znacznych wysięków, w VI przestw. międzyżebr. lewym. Postępuje zaś tak tem chętniej, gdyż przekonał się, że stosunek opłucnej do osierdzia w okolicy tzw. *incisura cardiaca* nie jest stałym, i rzadko tylko uniknąć możemy uszkodzenia opłucnej nakalając po stronie lewej.

Herman.

Matkovic: **Zaraźliwość i leczenie jaglicy.** *(Recueil d'Ophtalmologie,* 1898, Nr. 2). Autor, lekarz-okulista w Zagrzebiu, został wezwanym przed 4-ma laty przez rząd do zbadania przyczyn znacznego szerzenia się jaglicy w Kroacyi i Slawonii, zwłaszcza w okolicach pomiędzy Sawą a Dunajem.

W roku 1894 stwierdził on 9166 przypadków jaglicy, z tych 1500 powikłanych cierpieniami rogówki. Obecnie zaś ilość przypadków, zaciągniętych urzędownie w księgi w każdym dystrykcie Królestwa, wynosi ogółem 15267, z których tylko 4645 figuruje jako wyleczonych. Na podstawie tak obfitego materyału przedsięwziął autor szereg badań histologicznych i bakteryologicznych i przyszedł do przekonania, że przyczyną różnicy zdań pomiędzy histologami, jaka panuje po dziś dzień pod względem anatomii patologicznej jaglicy, jest wielka rozmaitość zmian w tkankach chorobą tą dotkniętych, stósownie do różnych okresów czasu. Badania bakteryologiczne nie doprowadziły autora do wykazania na pewno drobnoustroju, którego istnienia tylko domyślać się można. Te ujemne wyniki skłoniły go do obrania innej drogi dla swych poszukiwań, a mianowicie do podjęcia rozbiorów chemicznych łez pod względem jakościowym i ilościowym w oczach tak zdrowych jak i dotkniętych jaglicą. Drogą tą na seryo nikt jeszcze nie postępował, a zdaje się autorowi, że powinna ona zaprowadzić wreszcie do upragnionego od dawna celu, t. j. do wyraźnych i ściśle określonych wskazówek rozpoznania różniczkowego i do jasnego poznania etyologii jaglicy. Z badań dotychczasowych, które, po uzupełnieniu rozbiorami chemicznymi w rozmaitych innych zaraźliwych chorobach oczów, ogłosi autor później *in extenso,* wyciągnąć można obecnie następujące wnioski:

1) Wydzielina łez, w stanie prawidłowym, jest lekko alkaliczną, a smak jej jest zawsze wybitniej słony, niż innych płynów ciała.

2) Skład chemiczny łez może uledz zmianie wogóle pod wpływem dwóch czynników, t. j. przyczyn wewnętrznych (ustrojowych) i zewnętrznych (zależnych od otoczenia). Zmiany te, dotyczące głównie stopnia alkaliczności łez, wykazuje z wszelką ścisłością analiza chemiczna, a zwłaszcza alkalimetrya.

3) Zmiany alkaliczności łez pod wpływem danych czynników bywają bardzo wybitne, wahając się w granicach od 82 do 238 miligramów na 100 gramów płynu. *Maximum* alkaliczności znalazł autor u Cyganów, u marynarzy, a prócz tego u osób wogóle silnych, żyjących w sprzyjających warunkach higienicznych; *minimum* przeciwnie u skrofulicznych i słabowitych.

Przechodząc do spraw patologicznych, a głównie do zaraźliwości jaglicy, dowodzi, że przyroda zarazka równie jak czynnik usposobienia i odporności nie są jeszcze dokładnie wyświetlone, czego przykładem są liczne, nieraz sprzeczne, przypuszczenia. Zdaniem jego głównym czynnikiem, usposabiającym do nabycia jaglicy, jest właśnie zmniejszenie się z jakichkolwiek powodów alkaliczności wydzieliny gruczołów łzowych. Wprawdzie Ahlström utrzymuje, że łzy nie mają własności antyseptycznych, owszem są dla drobnoustrojów podkładem zupełnie obojętnym, podczas gdy przeciwnie Bach i Bernheim, na podstawie własnych doświadczeń, przypisują im własności wybitnie bakteryobójcze. (Tego samego zdania jest też Dr. Gałęzowski — przypisek sprawozdawcy). Zdaniem autora oba obozy mają słuszność o tyle, że łzy, posiadające prawidłowy stopień alkaliczności, nie przeszkadzają wcale rozwojowi i rozmnażaniu się drobnoustrojów w worku spojówkowym; z chwilą jednak, gdy alkaliczność ich się zmniejszy, powstają warunki niekorzystne dla dalszego życia drobnoustrojów, przez co te giną, a ginąc wytwarzają wytwory rozkładowe, szkodliwe i drażniące, jednem słowem toksyny i ptomainy, które dopiero zarażając spojówkę, a przez wessanie także tkanki głębiej położone, wywołują jaglicę. Jakkolwiek zapatrywanie takie jest także tylko przypuszczeniem, to jednak może ono utorować nową drogę poszukiwaniom bakteryologicznym za zarazkiem jaglicy, zmieniając odpowiednio do wyników analizy chemicznej postępowanie dziś przyjęte w hodowli kultur.

Również badanie łez u ras odznaczających się odpornością przeciw jaglicy doprowadzić może do pożytecznych wyników. Dotychczasowe doświadczenia autora stwierdziły już względną odporność u Cyganów, a szczególne usposobienie u Słowian, mianowicie Kroatów, Serbów, Czechów i Polaków.

Co się tyczy leczenia jaglicy to określa je autor krótko, wskazując następujące punkta wytyczne:

1) Należy przedewszystkiem indywidualizować każdy przypadek, stosując odpowiednie leczenie objawowe.

2) Odpowiednio do okresów choroby posługiwać się trzeba różnymi, znanymi dotychczas środkami, przyczem należy mieć zawsze na oku jako główną zasadę: „*ne nocere*“.

3) Stósowanie mechanicznych sposobów wobec schorzałej tkanki gruczołowej jest bardzo ważnym czynnikiem dla osiągnięcia radykalnego wyleczenia.

4) W razie zajęcia chrząstki wskazane są stanowczo nakłócia i nasiekania (skaryfikacye).

5) Wszelkie powikłania usuwać należy przedewszystkiem, o ile możności, sposobami operacyjnymi.

Ze środków zapobiegawczych najważniejszym jest zachowanie ścisłe przepisów higieny miejscowej i ogólnej tak, że tylko w miarę postępów i rozpowszechnienia się higieny publicznej spodziewać by się można kiedyś wygaśnięcia całkowitego jaglicy. *Dr. Langie.*

Gemünd: **Pomnożenie ilości ciałek białych przez podawanie gwajacetyny u zwierząt.** *(Münch. medic. Woch.*, Nr. 50, 1897). U królików i psów występuje po podaniu wewnętrznem 1—2 grm. gwajacetyny znaczne pomnożenie liczby ciałek białych. Pomnożenie to dosięga szczytu w 6 godzin po podaniu środka, a ilość ciałek jest wtedy dwa razy większą, niż była pierwotnie. Do drugiego dnia zmiany te wyrównują się. Zachodziło pytanie, o ile ta hiperleukocytoza wpływa na powiększenie własności przeciwgnilnych krwi. Do doświadczeń użyto hodowli bulionowej prątka kałowego (bact. coli com.). Okazało się, że, po dodaniu jej do krwi prawidłowej, liczba prątków w pierwszych paru godzinach zmniejsza się, ale później szybko wzrasta. Co do krwi wziętej ze zwierząt w 6 godzin po dodaniu gwajacetyny, to jej własności bakteryobójcze zostały tylko w jednym przypadku wybitnie wzmożone, a prątki w przeciągu 5 godzin uległy zupełnemu zniszczeniu. W dwóch innych przypadkach krew gwajacetynowa zachowała się wobec prątków zupełnie podobnie, jak prawidłowa. Ale i ten jeden korzystny wynik zachęca do prób klinicznych. *Lewkowicz.*

Schütz: **O spastycznem przesunięciu macicy ku tyłowi.** *(Wiener medizin. Presse.* 1897, Nr. 51). Schütz zwraca uwagę, że więzadła krzyżowo-maciczne, które zazwyczaj biorą początek na macicy, w okolicy ujścia wewnętrznego, a kończą się w wysokości drugiego kręgu krzyżowego, mogą mieć nieco odmienne punkta przyczepienia, mianowicie: z jednej strony powyżej ujścia zewnętrznego, w pośrodku długości tylnej ściany macicy, z drugiej strony w okolicy 3—4 kręgu krzyżowego. Prawidłowo skurcz tych więzadeł wywołuje silniejsze przodopochylenie macicy, natomiast przy tym odmiennym przebiegu, w następstwie skurczu włókien mięsnych, zawartych w owych więzadłach, będzie macica przeciągnięta ku tyłowi, czasami nawet tyłozgięta lub tyłopochylona. Ze takie chwilowe zboczenia w położeniu macicy, polegające na skurczu odmiennie przebiegających więzadeł, są możliwe, dowodzą tego różne czasami wyniki badania wewnętrznego, przedsiębranego w krótkich odstępach czasu, u tej samej osoby. Raz znachodzi się macicę ku tyłowi przeciągniętą lub odgiętą, a nawet w tem położeniu umocowaną, a każdy ruch macicy utrudniony, bolesny; innym razem w krótkim czasie potem znajdujemy macicę zupełnie prawidłowo ułożoną i ruchomą. Zjawisko to spotykał autor u kobiet w okresie przejściowym (climacterium) i u neurasteniczek. *Ww.*

R. Meyer: **Przyczynek do kazuistyki rozlanych ropien okołostawowych, wywołanych przez dwoinki Neissera.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1898, Nr. 1). U 31-letn. robotnika wystąpił obrzęk w okolicy lewego stawu łokciowego, wyraźny i bolesny, zwłaszcza po stronie wewnętrznej. Ustalenie kończyny, okłady i t. p. nie przyniosły ulgi. Nacięto przeto obrzęk po stronie wewnętrznej łokcia i w tkance podskórnej znaleziono ziarninę i parę kropel ropy. Tak w ropie jak i w komórkach ropnych, infiltrujących ziarninę, wykazano liczne dwoinki Neissera. Na odpowiednich pożywkach wyrosły czyste hodowle gonokoka. Z cewki wydzieliny wydostać nie można było. Dopiero po paru drażniących wstrzyknięciach zaczęła się wydobywać z cewki obfita wydzielina ropna, w której z całą pewnością wykazano również cechujące drobnoustroje rzeżączkowe. *Herman.*

Hacker: **Nowy sposób plastyki ścięgna na grzbiecie palca.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 2). Autor opisuje przypadek odcięcia sobie przez kobietę pierwszej falangi wskazującego palca lewej ręki, wraz ze ścięgnami. Rana po pewnym czasie się zagoiła, lecz chora poruszać palcem nie mogła. Autor przystąpił do plastyki. Cięciem wzdłuż palca i odpowiedniej kości śródręcznej odsłonił obydwa odcinki ścięgien. Dolne odcinki wyciął, a z górnego odcinka ścięgna *musculi indicis proprii* utworzył płatek, który odwrócił ku dołowi i przyszył do okostnej trzeciej falangi. Ubytek skórny pokrył skórą z klatki piersiowej, podprowadziwszy palec pod płat odpreparowany o dwóch mostkach. Następnie mostki stopniowo przecinał. Wynik leczenia, co do funkcyi, dobry, gdyż ruchy dały się z łatwością wyrobić. (O ile ten sposób zasługuje na nazwę „nowego“, każdy osądzi, gdyż wykonany jest według ogólnych zasad plastyki ścięgien i opisany w każdym podręczniku chirurgii. Przypisek referenta). *Dr. Zalewski.*

Schlatter: **O odżywianiu się i trawieniu po zupełnem wydaleniu żołądka. „Oesophagoenterostomia“ u człowieka.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 19, Z. 3.) U 56-letniej kobiety, u której rak zajmywał cały żołądek, wykonał autor jedyną w swoim rodzaju operacyę. Wyciął bowiem cały żołądek, co stwierdzono badaniem drobnowidowem (które wykazało u jednego końca budowę przełyku, u drugiego dwunastnicy), a potem zaszył na ślepo dwunastnicę, przełyk zaś wszył bocznie do pętli jelita czczego (jak przy gastroenterostomii Wölflera). Chora zabieg ten zniosła dobrze; przez jakiś czas po operacyi wymiotowała treścią kwaśną od kwasu mlekowego; a po 2 miesiącach po operacyi ciężar jej ciała podniósł się o 4.400 grm. *Herman.*

Eug. Fraenkel i J. Kister: **O prątkach durowych w maślance.** *(Münch. med. Woch.* 1898, Nr. 7). Rozmieszczenie i inne okoliczności epidemii duru w Hamburgu, w sierpniu i wrześniu z. r., wznieciły podejrzenie, że rozprzestrzenianie się zarazy może się odbywać zapomocą maślanki. Autorzy zajęli się zbadaniem, o ile to przypuszczenie jest teoretycznie usprawiedliwione.

Maślanka znajdująca się w handlu, oddziałuje zawsze kwaśno. Kwasota ta nie wystarcza jednak do zabicia prątków durowych w ciągu dni kilku, jeżeli tylko dalszy rozkład maślanki powstrzyma się przez gruntowne wyjałowienie. W maślance niewyjałowionej, skutkiem wzrastania kwasoty, ilość prątków durowych szybko się zmniejsza, dochodzi jednak do zera przy ciepłocie pokojowej dopiero po 3-ch, a przy ciepłocie 37°, po dwóch dniach. Niebezpieczeństwo zatem przenoszenia się duru przy pomocy tej pożywki niewątpliwie istnieje. *Lewkowicz.*

A. Salter: **Wydzielanie toksyn drobnoustrojów przez skórę** *(Lancet 15 stycz.).* Autor wstrzykiwał morskim świnkom, zakażonym gruźlicą, pot osób cierpiących na gruźlicę i otrzymał taki odczyn, jak przy wstrzykiwaniu tuberkuliny, a którego znowu nie spostrzegał po zastrzyknięciu potu ludzi zdrowych. Z tego wyciąga on wniosek, że w tych przypadkach pot zawiera toksyny prątków gruźliczych, a prócz tego jeszcze dalej idzie we wnioskowaniu, że nie powinno się działać przeciw potom u suchotników, a przeciwnie — do potów pobudzać. Podobne doświadczenie wykonał z potem chorych na zapalenie płuc i wywołał u myszy i królików zakażenie, wreszcie wstrzyknięty pot dziecka, chorego na dławca, sprowadzał już po 12 godzinach u zwierzęcia, w miejscu wstrzyknięcia wyraźny obrzęk, który po kilku dniach przechodził w zgorzel. Na mocy tych wszystkich doświadczeń dochodzi S. do wniosku, że przyroda sama reguluje wydzielanie toksyn i że leczenie starych lekarzy środkami napotnymi jest zupełnie słusznem i uzasadnionem. *F. K.*

Doc. Rieder: **Badania histologiczne zmian kiłowych w okresie pierwotnym** *(Deut. med. Woch.*, 1898, Nr. 9). Dotychczas utrzymuje się prawie u wszystkich autorów zdanie, że przy wrzodzie stwardniałym istnieją przedewszystkiem zmiany w naczyniach krwionośnych, podczas gdy naczynia chłonne pozostają niezmienione. Przy swych badaniach posługiwał się R. metodą barwienia Weigerta, która przez barwienie włókien sprężystych w ścianach naczyniowych dawała możność dokładnego odróżnienia naczyń od siebie i wyka-

zała, że tętnice, żyły i naczynia chłonne posiadają różnie się barwiące włókna sprężyste. Dokładne badania naczynia chłonnego grzbietnego prącia, na skrawkach z wrzodu stwardniałego przy kile pierwotnej i takichże gruczołów chłonnych, wykazały, że najwcześniej i najwybitniej zajęte bywają naciekiem naczynia chłonne, później żyły, nigdy zaś tętnice, które dopiero później biorą udział w tej sprawie zapalnej. To też autor w następujący sposób przedstawia sobie początkową miejscową sprawę zapalną w kile: najpierw jad dostaje się między przyskórek i daje powód do nacieku komórkowego przewlekłego; bardzo wcześnie zajmuje sprawa chorobowa drobne naczynia chłonne skóry, następnie i żyły (peri-meso-endolymphangoitis et phlebitis), a przez dostanie się jadu do wnętrza naczyń następuje zakażenie ogólne. Zajęcie ścian tętniczych jest nader rzadkie i występuje jako następstwo długo istniejącej sprawy zapalnej. W dalszym ciągu przechodzi sprawa wzdłuż tkanki podskórnej aż do okolicy pachwinowej, gdzie usadawia się w otoczeniu gruczołów, w żyłach naczyń i gruczołów chłonnych i torebce gruczołowej, skąd przechodzi i na gruczoł, częściowo niszcząc go przez rozrost tkanki łącznej, częściowo zaś tworząc ogniska do gruzełków podobne. Również sprawą chorobową objęte są naczynia żylne i chłonne tkanki tłuszczowej. *F. K.*

H. Hensen: **O wpływie morfiny i eteru na bóle porodowe**. (*Archiv für Gynäkologie*, LV, H. I). Autor mierzył siłę skurczów macicy zapomocą balonika, wsuniętego do jamy macicznej, a połączonego z rurką barometru. Przeważna ilość doświadczeń odnosiła się do pierwiastek w pierwszym okresie porodowym. Doświadczenia te stwierdziły, że siła skurczów macicy zwiększa się stopniowo aż do chwili pęknięcia pęcherza płodowego. Przy porównywaniu spostrzeżeń z całego szeregu porodów wynika, że praca mięśniowa macicy, wykonana w danym okresie porodowym, ulega nieznacznym wahaniom, bez względu na długość trwania okresów porodowych. Najwyższe ciśnienie, notowane podczas skurczu, wynosiło 172 milimetry słupka rtęci. (Liczba ta niższą jest od cyfr, podawanych przez innych autorów). Przeciętną siłę ciśnienia podaje autor na 92,6 mm. w czasie bólów i 57,5 mm. w przerwie między bólami. W okresie wydalania płodu z macicy ciśnienie w niej równa się ciśnieniu w jamie brzusznej, czyli, że w tym okresie ściany maciczne pozostają rozciągnięte, a cała praca mięśniowa wyraża się siłą tłoczni brzusznej. Niezwłocznie po wydaleniu płodu ciśnienie w jamie macicznej szybko się zwiększa i — rzecz godna uwagi — dochodzi do stopni wyższych nawet niż w pierwszym okresie. Przyczyny należy szukać zapewne w zgrubieniu ścian macicy.

O działaniu narkotyków wiemy, że chloroform i chloral (ten ostatni mniej wybitnie) hamują skurcze macicy.

Autor podawał w przebiegu porodu morfinę w dawkach od 5 milligramów do 2 centigramów, eter zaś (drogą wdychiwań) w dawkach 30 centimetrów sześciennych.

Z doświadczeń swoich autor wyciąga wnioski następujące:

a) morfina w dawkach wymienionych nie wywierała żadnego wpływu na jakość i częstość bólów porodowych;

b) eter po upływie dwóch minut osłabiał bóle (spadek ciśnienia ze 110 na 45 mm.) i zwiększał przerwy między bólami (10 do 20 minut);

c) skurcze maciczne po przerwaniu narkozy eterowej wracały w upływie 5 do 20 minut;

d) mięśnie brzuszne przestawały działać podczas narkozy eterowej.

Z tego widzimy, że narkoza eterowa w tem się różni od chloroformowej, że po chloroformie skurcze są zahamowane przez 2 godziny, albo i dłużej; po eterze zaś skurcze wracają daleko prędzej i z siłą niezmniejszoną.

Zatem wniosek ostateczny autora, że przy zabiegach położniczych należy pierwszeństwo dawać eterowi przed chloroformem, a to z obawy przed niedomogą (atonią) macicy, jakoteż w tych razach, gdzie po dokonanym zabiegu ukończenie porodu pozostawia się siłom natury. *Dr. Beaurain.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Eter jodowy (Aether jodatus), używany od niedawna wewnętrznie zamiast jodu, zalecają obecnie Linossier i Lannois zewnętrznie, w zastępstwie nalewki jodowej, którą przewyższa własnością łatwego wchłaniania jodu do ustroju. Po stosowaniu jednak należy dobrze osłonić miejsce, na które lek ten zapędzelkowano. F. K.

Na posiedzeniu „Société de thérapeutique" Gallois zaleca zamiast maści i żelatyny agar, mający tę wyższość nad wymienionymi przetworami, że chłodzi skórę, zasycha łatwo, a nie ściąga skóry jak żelatyna. Do użycia najlepszym jest rozczyn wodny 1—2%, którego nie potrzeba ogrzewać, a ze skóry łatwo zmyć się daje. W róży n. p. stosuje G. sublimat w następujący sposób: „Rp. Agaragar 1,0 Hydr. subl. corr., Ac. tartar. aa 0,10 Aqu. dest. 100,0".
F. K.

Rozsas z Wiednia stosuje w wypryskach na rękach, szczególnie tak zw. zawodowych, tuszowanie lapisem po poprzedniem zwilżeniu skóry i następnem spłókaniu nadmiaru rozczynem soli kuch., poczem przykłada pastę salicylową. Po kilku dniach strup się oddziela, a leczenie zakończa się wzmiankowaną pastą. Edlefsen z Hamburga używa, w tem samem cierpieniu, pędzlowania 1—2 razy dziennie następującym rozczynem: „Jodi pur. 0,10 Kal. jod. 0,25 Glycerin. 12,50" i przykrywa te miejsca płótnem; gdy stan poprawi się, stosuje obok tego maść borową (rano maść, wieczór glicceryna jodowa). F. K.

M. Guyot odprowadza załupok (paraphimosis) w ten sposób, że stawia między uda chorego siedzącego naczynie z zimną wodą, którą, przed sprowadzeniem napletka na żołądź, zlewa prącie, przez co działa przeciwzapalnie na części obrzękłe. Polewając podczas sprowadzania napletka kilka razy prącie zimną wodą, ułatwia sobie zabieg przez zmniejszenie obrzęku i dokonywa go mniej boleśnie (Deut. m. Zeit.). F. K.

Przez Eichhoffa zalecany do maści tłuszcz, (Deut. m. Zeit. Nr. 19), teralina, jest barwy białawo-żółtej, zapachu przyjemnego, aromatycznego, twardości lanoliny, ale więcej plastyczny. Maście z teraliną dają się długo utrzymywać, nie działają drażniąco nawet dłużej stojące, ulegają łatwo wessaniu i łatwo je zmywać wodą. Przez dłuższe stanie teralina twardnieje nieco, po dodaniu jednak gliceryny łatwo odzyskuje pierwotną miękkość. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 23 marca 1898.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. Obecnych członków 43.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. prezes odczytał pismo redaktora „Przeglądu lekarskiego", uwiadamiające, iż do komisyi redakcyjnej przybrani zostali koll.: Bujwid, Ciechanowski, Kośmiński, Kryński, Sroczyński, Surzycki, Wicherkiewicz i Zarewicz.

Kol. prezes w dłuższem przemówieniu podniósł zasługi byłego prezesa kol. Surzyckiego, położone około rozwoju Towarzystwa i przedstawił wniosek Komitetu, by Towarzystwo uczciło kol. Surzyckiego adresem uznania. Wniosek powyższy został wśród oklasków jednomyślnie uchwalony.

Na członka zwyczajnego przyjęty został jednogłośnie kol. Dr. Mieczysław Sołtysik.

Kol. Lewkowicz przedstawił dziewięcio-letniego chłopca, cierpiącego na bąblowca nerki lewej. Rozpoznanie tego przypadku stwierdzonem zostało przez wykazanie obecności charakterystycznych haczyków w treści guza, uzyskanej zapomocą nakłócia próbnego.

W dyskusyi nad powyższą demonstracyą zabierali głos koll.: Bossowski i Krokiewicz.

Kol. Krokiewicz przedstawił 26-letniego mężczyznę, cierpiącego na syringomyelię.

Odczyt kol. Krokiewicza, wypowiedziany na temat syringomyelii, ukaże się w „Przeglądzie lekarskim".

W dyskusyi nad odczytem kol. Krokiewicza zabierali głos koll.: Borzęcki i Siedlecki.

Sekretarz doroczny: *Dr. Xawery Gorski.*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Dnia 14-go maja b. r. o godzinie 5-tej po południu odbędzie się w auli Uniwersytetu Jagiell. (collegium novum) w Krakowie wiec lekarzy, należących do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Porządek dzienny:
1) Sprawa zaopatrzenia lekarzy na starość.
2) Sprawa funduszu dla wdów i sierót po lekarzach.
3) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych majstrów.
4) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych robotników.
5) Sprawa taks sądowo lekarskich.
6) Wnioski zechcą koledzy przesłać do dnia 8-go maja do Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej (Kraków, ulica ś-go Krzyża l. 7, II. piętro).

Wnioski, nie zgłoszone w powyższym terminie na piśmie, nie będą mogły być przedmiotem obrad.

Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 21 Kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, kol. doc. Nowak okazał pouczający preparat anatomiczny; kol. prof. Browicz miał wykład: O mięsieniu błony śluzowej nosowo-gardłowej.

* »Wiener Ztg.« donosi, że piastujący tytuł profesora, Doc. Dr Rudolf Trzebicky, mianowany został profesorem nadzwyczajnym chirurgii w Uniw. Jagiellońskim.

* Sprawa podwyższenia płacy lekarzom miejskim m. Krakowa weszła na pomyślne tory. Przebieg jej jest następujący: dotychczasowa pensya lekarzy miejskich wynosi: jeden z nich pobiera 1000 złr. i 250 złr. mieszkalnego, dwóch innych po 800 i po 200, oraz pięciolecia. Pierwotny wniosek sekcyi prawniczej, jak o tem w swoim czasie donosiliśmy, opiewał: »pensyi nie podnosić, rangi nie udzielać«. Następnie sprawę tę roztrząsał podkomitet, który wystąpił z wnioskiem »nieudzielania rangi, lecz podniesienia płacy«, mianowicie jednemu do 1250 złr., a dwom do 1000 złr., pozostawiając mieszkalne i pięciolecia w kwocie dotychczasowej. Komisya pełna, na posiedzeniu d. 19 b. m., ten wniosek podkomitetu zmieniła i uchwaliła przedłożyć Radzie miejskiej następującą propozycyę: 1) nadać wszystkim 3 lekarzom miejskim rangę IX-tą; 2) przyznać pensyę, podług wniosku podkomitetu, t. j. 1250, 1000 i 1000 złr., oraz 3) dodatki aktywalne po 300 złr., odpowiadające randze IX tej.

Niema powodu wątpić, że Rada miejska zatwierdzi tę sprawiedliwą uchwałę komisyi.

Pomyślny zwrot w tej sprawie jest zasługą Radcy m., Dra Ponikły, któremu należy się szczera wdzięczność nie tylko od osób bezpośrednio interesowanych, lecz i od ogółu lekarzy, gdyż prof. Ponikło, występując w obronie pokrzywdzonych jednostek, zajął zasadnicze stanowisko — godności stanu lekarskiego.

* D. 10 b. m. nastąpiło w Madrycie otwarcie IX międzynarodowego Zjazdu dla higieny i demografii. Dr. Calleja, prezes Zjazdu, powitał zgromadzenie i w pięknem przemówieniu wykazał znaczenie higieny w życiu tegoczesnego społeczeństwa. Wychodząc z zasady, że w bycie rodzaju ludzkiego ogół więcej znaczyć powinien, niż jednostka i że ułamek jest zawsze mniejszą ilością niż liczba cała, mowca ten logicznie doszedł do wniosku, że wykonawstwo przepisów sanitarnych powinno górować nad poszanowaniem wolności osobistej, a moralna ta zasada, która w chwilach niebezpieczeństwa staje się praktyczną, stać się powinna także i zasadą prawną. Prof. Brouardel dziękował w imieniu Komisyi stałej, organizującej Zjazdy higieniczne, Komitetowi wykonawczemu obecnego Zjazdu za tak serdeczne przyjęcie. Następnie wstępywali kolejno na estradę delegaci zagraniczni, wyrażając hołd i uznanie tak kolegom hiszpańskim, jak i władzom miejscowym. Wreszcie przedstawiciele rządu i burmistrz miasta powitali przybyłych z różnych części świata higienistów.

Na Zjazd stawiło się do 1600 członków: to, względnie do Zjazdów poprzednich, zmniejszenie się było przewidziane, gdyż żądano od zgłaszających się członków dowodów kwalifikujących; lecz i stan przedwojenny w Hiszpanii niemało na to wpłynął. Podług krajów bierze udział w Zjeździe 900 Hiszpanów, 110 Francuzów, 50 Anglików, 48 Niemców, 35 z krajów rakuzkich, 14 Włochów, 13 Belgów, 10 Japończyków, 9 Szwajcarów, 6 Turków, 5 z Warszawy, 3 Chińczyków, 2 z Petersburga, 2 z Moskwy itd.

Zjazd podzielił się na 2 gromady: higieniczną i demograficzną, a znowu każda z nich rozpada się na sekcye.

* Dnia 15 b. m. krakowskie Towarzystwo ratunkowe wręczyło swemu ustępującemu prezesowi, prof. Obalińskiemu, adres, wyrażający uznanie i wdzięczność za długoletnie wzorowe i pożyteczne przewodnictwo.

* Po zmarłym Dr. Dereniowskim wakuje posada lekarza miejskiego w Jordanowie, na którą Zarząd gminy rozpisał konkurs. Roczna płaca 300 złr. w. a.; termin do wniesienia podania kończy się 1-go maja.

* W roku 1897 było lekarzy: we Francyi 26,000, w Niemczech 24.393, w Anglii 18,936.

* Według Weldera (Chrystyania) na 100 małżeństw bezpłodnych w 70 przyczyną bezpłodności jest mąż.

* Przyszłoroczny Zjazd internistów niemieckich odbędzie się w Karlsbadzie.

* „Wileński Wiestnik“ donosi, że Lekarskie Towarzystwo wileńskie powołało z swego grona komisyę, mającą za zadanie obmyśleć sposób uczczenia pamięci ś. p. Titiusa, swego honorowego prezesa.

* Prof. Robert Koch opuszcza już w kwietniu Afrykę, a w maju przybędzie do Berlina.

* Na wystawie paryskiej, w roku 1900, ma być osobny budynek przeznaczony dla pomieszczenia licznych Zjazdów, mających się odbyć w tym czasie.

* Z Odesy donoszą, że zamierzone otwarcie Wydziału lekarskiego nastąpi tam w jesieni 1899 r.

* Rada miasta Paryża uchwaliła wystawić pomnik Charcotowi u wejścia do Salpetrière.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bolesław Dereniowski, lat 36, lekarz miejski w Jordanowie. Dr. Jerzy Dragendorff, b. profesor farmacyi w Dorpacie, lat 62, zmarł w Rostocku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Nr. 7: Prof. Goldscheidera i Dra Flataua: O celach najnowszych badań nad komórkami nerwowemi. W *Medycynie* Nr. 16: Dr Opieński J.: O stosowaniu w płonicy surowicy przeciwpaciorkowcowej. Szumowski W.: O ruchu laseczników gruźlicy. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 16: Dra Gajkiewicza Wł.: Kilka słów o pseudotężcu. Dra Lidmanowskiego K.: W kwestyi działania dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem. Dra Ciechomskiego A.: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby urazowego pochodzenia (dokończenie).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ołtuszewski Wł.: O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsiga dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy, oraz nauki o niemocie. Warszawa, 1897.

— Tenże: Ogólne uwagi o zboczeniach mowy. Warszawa, 1898 r.

— Tenże: Piąty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Warszawa, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 27 b. m., o godzinie 6-tej w *Collegium novum* (Sali Śniadeckich) posiedzenie nadzwyczajne, na którem roztrząsana będzie sprawa ukonstytuowania się Stowarzyszenia dla nocnych dyżurów lekarskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**